

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

69

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles-Edgard AUGER

Né le 19 Septembre 1904, à Loudun (Vienne)

Contribution à l'Étude
des
Manifestations Cutanées
d'origine nerveuse et mentale

Président : M. H. CLAUDE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1936

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charles-Edgard AUGER

Né le 19 Septembre 1904, à Loudun (Vienne)

Contribution à l'Étude

des

**Manifestations Cutanées
d'origine nerveuse et mentale**

Président: M. H. CLAUDE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1936

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
Hygiène et clinique de la première enfance	CARNOT
Clinique des maladies des enfants	CLERC
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBOUILLET
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE
Clinique chirurgicale	GOUGEROT
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN
Clinique urologique	LEMIERRE
Clinique d'accouchements	CUNEO
Clinique gynécologique	GOSSET
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GREGOIRE
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT
Clinique oto-rhino-laryngologique	TERRIEN
Clinique thérapeutique chirurgicale	MARION
Clinique propédeutique	BRINDEAU
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN
Professeurs sans chaire	PROUST
	OMBREDANNE
	RATHERY
	LEMAITRE
	Pierre DUVAL
	SERGEANT
	BEZANÇON
	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologi- que.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLET-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologi- que.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	
PASTEUR- VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE,

Auxquels ce petit travail causera, je l'espère, une grande joie, infime contre-partie de tous les sacrifices qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRERE,

A MA FEMME, A MES ENFANTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

*Professeur de clinique des maladies mentales
et des maladies de l'encéphale
de la Faculté de Médecine de Paris*

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait l'honneur de bien
vouloir accepter la présidence de
cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PELISSIER

Directeur de l'Asile d'aliénés de Lafond La Rochelle

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERAT

Médecin-chef de l'Asile de Lafond

Dont les conseils m'ont été précieux au début de
mes études psychiatriques.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PELTIER

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Rochefort-sur-Mer*

En témoignage de sincère amitié.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES
ET DE POITIERS

A MON JURY DE THESE

INTRODUCTION

La pathologie mentale s'est tenue pendant très longtemps à l'écart des grands mouvements de la médecine. Elle ne pût bénéficier de la méthode anatomo-clinique, car la plupart des syndromes mentaux manquent de substratum organique décelable par nos moyens. Elle ne peut guère tirer partie des méthodes expérimentales, car les phénomènes mentaux ne se prêtent guère à une étude sur les animaux. Toutes ces raisons ont fait que les psychiatres se sont de plus en plus complus dans l'analyse détaillée du contenu mental des psychoses, oubliant parfois le cadre pathologique.

Or, il n'est pas douteux que les maladies mentales, comme toutes les maladies, sont soumises aux lois de la pathologie générale. Le peu que nous connaissons de ces lois nous permet dès maintenant des applications intéressantes.

Pour que la Psychiatrie soit intégrée dans les cadres de la pathologie générale, il est indispensable de s'adresser de préférence aux phénomènes purement psychiques, aux manifestations somatiques objectives des psychopathies.

Si la discipline-sœur, la neurologie, a pu faire beau-

coup plus de progrès que la Psychiatrie, c'est en grande partie, grâce à son attachement aux faits objectifs.

Loin de nous de contester l'intérêt de l'analyse psychologique et psychopathologique. Bien au contraire, nous verrons, au cours de ce travail, l'importance que nous attachons à certaines causes psychogènes dans le déterminisme des accidents somatiques. Nous pensons seulement que les faits cliniques objectifs, tangibles, sont un guide plus sûr lorsqu'il s'agit de démêler les processus déterminants d'une psychose, que le contenu mental.

Certes, toutes les psychopathies n'ont pas de manifestations somatiques immédiatement apparentes, et certains se basent sur leur absence pour creuser un abîme entre la Neurologie organique et la Psychiatrie purement fonctionnelle. Nous savons, aujourd'hui, qu'une telle séparation ne se justifie par rien. Entre les deux cas extrêmes se case toute une série de phénomènes qui, tout en ne répondant pas à des lésions anatomiques profondes et définitives, présentent toutes les garanties d'authenticité et qui échappent à la critique de simulation ou de pathomimie volontaire.

Si l'on n'obeissait pas encore au préjugé de l'hystérie dans le sens péjoratif du terme, les névroses constitueraient un terrain d'entente idéal entre les neurologues et les psychiâtres. Il s'agit là, en effet, de manifestations somatiques pouvant relever de n'importe quelle branche de la médecine et l'origine de ces manifestations est, sans aucun doute, une perturbation psychique.

Le vieux problème des rapports du physique et du moral, peut être abordé actuellement dans les deux sens :

Nous savons, d'une part, que des altérations de la substance — nerveuse, organique ou fonctionnelle —, peuvent donner naissance à des troubles mentaux.

Il ne fait pas de doute, d'autre part, que des perturbations mentales de diverses sortes peuvent être à l'origine de nombreux phénomènes pathologiques somatiques.

L'étude des manifestations cutanées au cours des maladies nerveuses et mentales peut donner maints exemples à ce sujet.

Quelques observations recueillies à la fin de nos études médicales nous ont donné l'idée d'approfondir ce problème et nous espérons que ce modeste travail contribuera à combler le fossé qu'on a voulu creuser à tort entre la Psychiâtrie et le reste de la Médecine.

I

LA PEAU ET LE SYSTEME NERVEUX

Comme toutes les parties de l'organisme, la peau est reliée au système nerveux central à l'aide de connexions fort complexes que nous sommes loin de connaître dans leur intégrité.

La peau est avant tout une vaste surface sensitive dont partent constamment des influx centripètes renseignant les centres des conditions ambiantes et donnant naissance à des réflexes et à des processus automatiques appropriés. Mais cette partie centripète de l'innervation cutanée ne nous intéresse pas dans ce travail. Ce que nous voudrions étudier, avant tout, dans ce travail, ce sont les réactions visibles et objectives de la peau, c'est-à-dire celles qui doivent dépendre nécessairement d'une innervation centrifuge.

On sait que la partie centrifuge d'un réflexe peut être de deux ordres :

- Une contraction musculaire ;
- Une sécrétion glandulaire.

Voyons un peu les aspects que peuvent prendre ces réactions au niveau de la peau.

Il faut distinguer ici deux ordres de faits :

- Les réactions instantanées ;
- Les réactions lentes.

a) *Réactions nerveuses cutanées rapides*

Comme nous venons de le dire, ces réactions peuvent être de deux ordres : contraction musculaire ou sécrétion glandulaire.

En fait de muscles, la peau ne possède que des fibres lisses qui sont les muscles vaso-moteurs et les horripilateurs.

Comme glandes, il y a lieu de tenir compte des sudoripares et des glandes sébacées.

En fait, parmi les réactions rapides de la peau, les plus importantes sont les *réactions vaso-motrices* et les *modifications de la sécrétion sudorale*.

On sait que la peau peut changer de coloration très rapidement, soit dans le sens d'un pâlissement, soit dans celui d'un rougissement. Il n'est pas douteux non plus que ces changements de coloration dépendent étroitement du système nerveux et peuvent se produire par voie réflexe.

L'innervation vaso-motrice de la peau, qui régit toutes ces modifications, n'est pas encore complètement connue. On sait que les vaso-constricteurs, conditionnant la pâleur, sont des nerfs sympathiques. Quant aux vaso-dilatateurs, leur origine, leur trajet et même leur existence sont controversés. Nous ne pouvons discuter ici cette importante question : contentons-nous de conclure que la vaso-motricité de la peau est sous la dépendance étroite du système nerveux et que des excitations nerveuses directes ou réflexes, sont capables de la modifier.

Il en semble être de même des réactions sudorales. Une abondante sécrétion de sueur peut être déclanchée par

voie réflexe, de même que cette sécrétion peut se tarir par le même mécanisme.

b) *Réactions nerveuses cutanées lentes*

Alors que les réactions rapides sont relativement simples, les modifications lentes peuvent revêtir des aspects multiples et complexes. Ce qu'il importe, néanmoins, de noter, c'est que les modifications lentes sont probablement basées sur les processus fondamentaux des perturbations vaso-motrices et sécrétoires.

Une première catégorie des réactions lentes est l'ŒDEME, dans le sens large, sous forme d'une papule ou d'une infiltration, plus ou moins localisée. Nous verrons que l'œdème peut parfois se produire très rapidement et pourrait presque être rangé dans les réactions rapides.

A un degré de plus, c'est l'exsudation de sérosité dans les interstices tissulaires et qui donne naissance à des vésicules ou à des phlyctènes.

Tous ces désordres semblent être sous la dépendance de la vaso-dilatation. Celle-ci peut, dans un certain nombre de cas, déterminer, non pas l'exsudation de sérosité, mais une extravasation de globules rouges et l'on a alors des taches purpuriques, des pétéchie, etc.

A l'encontre de ces phénomènes, qui sont sous la dépendance de la vaso-dilatation, d'autres semblent être dûs à la vaso-constriction. La privation de sang prolongée ou répétée d'un territoire donne naissance à la gangrène, à la nécrose, et à des pertes de substances.

Encore plus complexes sont certaines modifications

de la pigmentation (mélanodermies, vitiligo), de la consistance de la peau (sclérodermies), des phanères (chute des poils ou hypertrichose, ongles striés ou cassants, etc.), et bien d'autres troubles encore qui sont parfois difficiles à expliquer par les seules perturbations vaso-motrices.

Il faut ajouter qu'une fois que le processus nerveux a déclenché un processus cutané, celui-ci peut être modifié par l'intervention d'un facteur infectieux, chimique, mécanique, etc., qui transforme l'aspect des lésions et en fait méconnaître l'origine. Nous verrons plus loin l'importance de ces influences secondaires.

Déjà à l'état physiologique, des modifications de la peau peuvent survenir sous l'influence de causes psychiques. Tout le monde connaît l'érythème pudique ou simplement émotif (dont nous verrons une exagération pathologique dans notre observation N° 1), la pâleur ou la rougeur de la face dans la peur, la colère, etc.

Il existe donc une régulation réflexe de la vaso-motricité de la peau mise en œuvre par l'émotion. Il existe également des régulations vaso-motrices locales que l'on utilise en clinique pour explorer certains territoires sous forme de la raie vaso-motrice, du dermographisme, de l'intra-dermo-réaction à l'istamine, etc.

En dehors de la vaso-motricité, les muscles horripilateurs sont également mis en œuvre dans les émotions s'accompagnant de frissons, de la chair de poule, etc. Ces réactions sont encore utilisées dans la recherche du réflexe horripilateur.

II

ALTERATIONS CUTANÉES DANS LES AFFECTIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

Les bases les plus sûres d'une étude des rapports du système nerveux avec la peau devraient être constituées par une étude des altérations cutanées au cours des maladies nerveuses dûment cataloguées comme organiques. Cependant, dans ce domaine, on rencontre de grandes difficultés d'appréciation.

On sait qu'un certain nombre de troubles trophiques ont été décrits au cours des maladies atteignant les centres encéphaliques. Or, il convient de noter que ces troubles n'existent que lorsque un ou plusieurs segments de membres se trouvent immobilisés par un processus paralytique. MAYR a particulièrement étudié ces cas et en a fait une étude critique d'après les données expérimentales de HEAD et SHERREN, et d'après les données cliniques de DUMPERT. Or, ses conclusions sont formelles. Rien ne permet actuellement d'admettre l'existence de nerfs trophiques centraux. Tous les troubles dits trophiques qui ont été décrits dans l'hémiplégie et dans la maladie de

PARKINSON sont les conséquences de l'immobilisation et n'ont aucun rapport avec la lésion nerveuse. On a décrit ainsi diverses modifications de la peau au cours de l'hémiplégie sous le nom de « glossy skin », de main succulente, etc. On a dit aussi que le segment de membre paralysé était atteint d'hypertrichose et présentait des ongles secs et cassants. MAYR a montré qu'une main immobilisée, même sans lésion nerveuse, présentait exactement les mêmes phénomènes. Ils ont pu être constatés par chacun de nous sur des segments de membres fracturés et immobilisés.

Le faciès luisant, cireux, des parkinsoniens semble également être un phénomène dû à l'immobilité bien connue de la face chez ses malades.

Il est évident que ces cas négatifs ne prouvent pas d'une façon absolue que des lésions de certains centres encéphaliques ne peuvent déterminer des manifestations cutanées. Ce rôle est vraisemblablement dévolu à des centres végétatifs encéphaliques étagés dans le plancher du quatrième ventricule et dans les parois du troisième ventricule. Rien ne s'oppose à ce que des atteintes de ces centres ne déterminent des troubles cutanés. On sait que, dans certains cas d'acrocyanose, on a constaté l'existence de lésions infundibulo-hypophysaires.

Le fait que ce sont des centres végétatifs encéphaliques qui doivent être lésés pour produire de véritables troubles trophiques cutanés, nous permettra de mieux comprendre le mécanisme de production des atteintes de la peau dans les lésions nerveuses périphériques. On sait, en effet, que dans les nerfs périphériques, et même au

niveau de la moelle, les voies sympathiques sont intimément mêlées aux voies motrices et sensitives. Shématiquement on peut dire que les racines antérieures conduisent les nerfs vaso-constricteurs et les nerfs moteurs des muscles squelettiques, alors que les racine postérieures contiennent les vaso-dilatateurs et les nerfs sensitifs.

L'existence de troubles trophiques a été signalée dans les sections de la moelle, dans les myélites, dans la syringomyélie, dans la polyomyélite et surtout dans le tabès. Nous faisons, bien entendu, abstraction, ici, des atrophies musculaires, qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

Quant aux lésions cutanées des affections médullaires, elles semblent bien plus liées à une atteinte concomitante des racines qu'à celle de la moelle elle-même. Il est cependant incontestable que la seule section de la moelle, sans participation radiculaire, peut donner lieu à certains troubles trophiques de la peau. On peut seulement objecter qu'un excitant local cutané est nécessaire dans ces cas, pour produire la désagrégation de la peau. Ainsi, on ne peut contester que la section médullaire ne prédispose à l'escarre de décubitus. Celle-ci peut cependant être évitée ou, tout au moins, très atténuée, lorsque on évite les excitations mécaniques et infectieuses de la peau. Il en est de même des troubles trophiques cutanés de la syringomyélie.

Par contre, l'atteinte des racines ou des nerfs périphériques suffit, en l'absence de tout excitant cutané, à provoquer des troubles trophiques. Il en est ainsi dans le tabès, dans les polynévrites, dans la lèpre nerveuse, dans les

névrites, etc. Ces troubles réalisent, tantôt des taches ecchymotiques purpuriques, tantôt une éruption zostérienne, tantôt des plaques de gangrène disséminées, tantôt, enfin, le plus souvent, la nécrose cutanée connue sous le nom de mal perforant.

Il nous semble que, dans tous les cas, ce sont des éléments végétatifs qui sont responsables et que les éléments du système nerveux cérébro-spinal n'y sont pour rien.

III

LE SUBSTRATUM NERVEUX DE CERTAINES DERMATOSES

Un grand nombre de maladies de la peau ont été mises en relation avec une atteinte nerveuse organique ou fonctionnelle. La certitude de l'étiologie et de la pathogénie nerveuse n'existe que pour certaines d'entre elles, pour les autres, les avis sont partagés.

Ce qui rend la question difficile, c'est que le système nerveux en cause n'est pas le système nerveux cérébro-spinal, bien connu dans ses fonctions et dans ses manifestations, mais le système nerveux végétatif, qui reste encore actuellement un domaine à peine exploré.

La dermatose dont l'origine nerveuse est le mieux démontrée et qui peut nous servir d'exemple est le ZONA. On sait que HEAD a montré dans les lésions du ganglion rachidien le substratum essentiel du zona. Depuis, l'on s'est demandé comment une lésion de ce genre pouvait-elle être responsable d'une lésion cutanée. On supposait une propagation du virus le long des nerfs, soit dans un sens, soit dans l'autre.

L'explication la plus vraisemblable, qui a en plus le

mérite d'ouvrir des horizons nouveaux, est celle de THOMAS LEWIS.

— Voici comment cet auteur résoud le problème :

Les rapports du système nerveux et de la peau se font à l'aide de deux processus, classiques en physiologie, mais peu connus, en général, des cliniciens.

1° *La Vasodilatation antidromique ;*

2° *Le Réflexe d'Axone.*

La VASODILATATION ANTIDROMIQUE consiste en une dilatation des vaisseaux cutanés lorsqu'on excite le bout périphérique d'un nerf sensitif ou, simplement, le ganglion rachidien. La nature exacte de ce phénomène n'est pas encore connue. Il semble que les nerfs sensitifs de la peau ont le pouvoir de conduire la sensibilité dans le sens centripète et la vasodilatation dans le sens centrifuge. C'est pour cette raison que cette vasodilatation est appelée antidromique.

Quant au REFLEXE D'AXONE, ses voies sont aussi énigmatiques. On le provoque en produisant une excitation cutanée qui détermine, autour d'elle, une zone d'érythème. On a prouvé que cet érythème réflexe se produisait même lorsque le nerf a été privé de ses connexions centrales, mais qu'il ne se produit plus lorsque le nerf a dégénéré. Ce réflexe donne donc l'impression de ne pas passer par une cellule nerveuse ni par un synapse : il se produit entièrement sur une fibre nerveuse.

Pour expliquer la possibilité de lésions cutanées par

ces mécanismes, LEWIS fait intervenir l'hypothèse d'une substance chimique secrétée à la terminaison des nerfs au moment de l'excitation. Cette substance serait l'HISTAMINE ou, tout au moins, un corps à action analogue (substance H).

Voilà comment les choses se passent dans le zona : l'excitation des ganglions par un virus, ou même mécaniquement (éruptions zostérienne du mal de Pott, des traumatismes vertébraux, etc.), excite les vasodilatateurs antidromiques et met en liberté des substances H à la terminaison des nerfs.

Ces substances H, comme l'expérimentation l'a montré, sont capables de produire de la vasodilatation, de l'oedème, de la vésication et, même, des processus hémorragiques.

Dans cette hypothèse de production du zona reste encore à élucider le rôle du virus spécifique, puisque, ni la lésion ganglionnaire ni la lésion cutanée ne sont spécifiques.

Il est à remarquer que la théorie de LEWIS se prête bien mieux à l'explication de l'urticaire, de l'oedème de QUINCKE, d'un certain nombre d'érythèmes réflexes locaux, etc.

Lorsque l'on injecte de l'histamine dans le derme, il se produit une *triple réaction* qui rappelle de près la papule urticarienne. Elle consiste en :

- Une rougeur centrale ;
- Une boule d'oedème ;
- Une zone d'érythème environnant.

L'origine nerveuse de telles lésions peut encore être prouvée par l'étude du dermographisme. On sait que celui-

ci présente également cette triple réaction. Chez le malade de notre observation N° I nous avons pu observer les variations de l'intensité du dermatographe en rapport avec son état émotif. Comme il présentait un urticaire à l'émotion, nous avons constaté qu'au moment des émotions son dermatographe s'exagérait en même temps que l'urticaire apparaissait. Il y a donc une parenté entre ces processus. Or, on sait, que le dermatographe ne peut être provoqué dans un territoire dont les nerfs sensitifs ont dégénéré.

Dans une revue générale récente MARCHIONINI a étudié les diverses maladies cutanées dans la pathologie desquelles un facteur nerveux a pu être invoqué. Nous ne faisons que les mentionner ici : Maladie de Raynaud, érythromélgie, sclérodermie, herpès, pemphigus, lichen plan, eczéma, névrodermite, prurigo, etc.

IV

LA PEAU DANS LES PSYCHOSES ET DANS LES NEVROSES

Les manifestations cutanées sont relativement fréquentes au cours des maladies mentales et des névroses. Ces manifestations peuvent se ranger schématiquement en deux catégories :

1° Les processus cutanés déterminés par l'état mental ou *Dermatoses Psychogènes* ;

2° Les processus cutanés dus à la même cause que la maladie mentale et pouvant coexister ou alterner avec elle : ce sont les *Psychodermatoses* de JAUSION, CHAMPSAUR et GIARD.

a) LES DERMATOSES PSYCHOGENES

On a pu montrer expérimentalement que la suggestion peut notablement influencer les réactions cutanées. Ainsi DIEHL et HEINICHEN ont pu faire augmenter ou diminuer à volonté des papules urticariennes chez des malades en hypnose. SCHILF et FELDBERG ont montré aussi que la réaction cutanée à l'Histamine variait d'intensité suivant l'état psychique émotionnel du sujet. De

semblables constatations ont été faites par nous dans notre Observation N° I.

Nous avons déjà vu que l'émotion peut créer des modifications cutanées qui sont normalement de l'ordre de la pâleur et de la rougeur, mais qui, dans des conditions pathologiques, peuvent aller beaucoup plus loin : urticaire, herpès, eczéma, etc...

Parmi les créations cutanées du psychisme, un grand nombre furent considérées autrefois, et le sont encore aujourd'hui par beaucoup, comme des faits de simulation. Nous y reviendrons dans un instant pour discuter le rôle de celle-ci dans les dermatoses psychogènes. En attendant, il nous est indispensable d'admettre que certains hystériques peuvent présenter des lésions cutanées souvent fort complexes dans lesquelles la simulation ne joue aucun rôle. On a ainsi décrit des ulcérations cutanées, des éruptions variées, des hémorragies, des phylotènes, des sclérodermies, etc ; (BOLTEN, BUNNEMANN, SCHAMUILOW, anciennement KRAFFT EBING). On se souvient de cette expérience de KRAFFT-EBING qui a suggéré à une de ses malades en hypnose qu'elle serait marquée par une lettre de l'alphabet en papier qu'il a imprimé sur sa peau, en lui faisant croire que c'était un fer rouge. Or, la forme de la lettre est restée marquée sur la peau de la malade sous l'aspect de vésicules.

On a beaucoup étudié à ce point de vue les stigmatisés. Ces sujets présentaient sous forme d'ulcérations, de lésions hémorragiques, ou de vésicules, les plaies du Christ. Or, tous les vendredis ces plaies se mettent à saigner ou à suinter (cas de Thérèse NEUMANN).

Il nous a été donné à observer un cas assez curieux à cet égard qui peut donner quelques éléments d'une explication (Observation N° 2). Chez notre malade qui, à la suite d'une tentative de suicide par un barbiturique, a présenté une éruption toxique, cette même éruption est revenue alors qu'il tentait encore de se suicider, mais, cette fois-ci, en s'ouvrant les veines.

Il nous faut immédiatement mentionner une hypothèse qui pourrait être soulevée mais qui n'est pas la nôtre. Il est, en effet, possible que l'éruption scarlatiniforme observée au cours de l'intoxication gardénalique ne soit pas un accident toxique proprement dit, mais un phénomène biotropique. Dans ce cas, rien d'étonnant à ce qu'un choc émotif réveille le même biotropisme.

En confrontant notre observation avec d'autres assez semblables trouvées dans la littérature, (nous en avons reproduit une pour montrer les analogies : c'est l'observation N° III), nous sommes arrivés à une explication assez différente.

Nous croyons que tous ces accidents sont basés sur le mécanisme du réflexe conditionnel. METALNIKOV a montré que ces réflexes, que l'on croyait n'intéresser que la sphère toute supérieure de l'activité mentale peuvent atteindre les plus grandes profondeurs de celle-ci. On peut produire de l'immunité, des modifications humorales, etc., à l'aide de réflexes conditionnels.

Il n'y a alors pas de raison que des manifestations cutanées ne puissent se produire par ce mécanisme. Dans le cas, relativement simple, de notre malade, l'idée de suicide était associée à celle d'une éruption, le suicide était

en quelque sorte conditionnel d'un érythème scarlatini-forme. Une nouvelle tentative devait donc reproduire le même phénomène. Pour les stigmatisés, le réflexe conditionnel s'établit sans doute par suggestion. La contemplation mystique, la méditation sur les plaies du Christ, tout comme la lettre découpée en papier de KRAFFT-EBING, peuvent donner naissance à de véritables lésions cutanées qui évoluent ensuite selon le cycle de la Passion, cycle imposé par la suggestion qui identifie en quelque sorte la personne du stigmatisé avec celle du Christ.

b) LES PSYCHODERMATOSES

La notion de *Psychodermatose*, créée récemment par JAUSION, CHAMPSAUR et GIARD, est basée sur l'étiologie allergique de certaines maladies mentales. Cette étiologie est surtout applicable à la psychose périodique dont les crises se produisent bien à la suite d'un choc, tout comme l'asthme, l'exzéma ou l'urticaire.

Dans le cas de psychodermatoses deux cas cliniques sont à envisager :

a) L'alternance de la psychose avec la maladie de la peau ;

b) La coexistence des deux ordres de faits.

L'*alternance* de la psychose dépressive avec l'urticaire, l'eczéma, certains prurits et dans l'ordre des maladies allergiques non infectieuses, avec l'asthme, la migraine, le rhume des foins, etc., est chose connue. Il est à noter que même lorsqu'il n'y a pas alternance, la survenue d'un

urticaire au cours de l'angoisse, calme cette dernière. C'est ce que nous avons observé dans notre Observation N° I.

La *coexistence* de la psychose et de la dermatose est plus rare. C'est là que JAUSION parle de véritables métastases psychiques. Pour cet auteur le type de la psychodermatose est constitué par la PELLAGRE. Il signale dans le même ordre d'idées l'eczéma, l'acné, le psoriasis, les parakératoses, etc.

*
**

Il nous reste à envisager un problème qui obscurcit singulièrement la question des manifestations cutanées psychiques. Un grand nombre d'auteurs sont persuadés que presque toutes, sinon la totalité des manifestations cutanées psychiques, sont la conséquence de la simulation. Tel est l'avis de MAYR, de BOTTOLI, etc.

L'existence de la simulation ou, tout au moins, de l'exagération de la maladie est incontestable dans un certain nombre de cas. Notre Observation N° IV nous paraît à cet égard fort instructive. Nous croyons que presque toujours le début du phénomène cutané est spontané, né sous l'influence d'un processus nerveux ou sous celle de la suggestion. Nous avons vu que la suggestion pouvait donner naissance à des lésions cutanées d'une authenticité incontestable. Une fois la lésion constituée, comme l'écchymose dans notre Observation, il arrive très souvent que le malade l'entretien par des procédés divers.

Ce qu'il faut considérer également, c'est que le fait de la simulation fait partie intégrante de la maladie.

KRONFELD a observé, en effet, des cas de gangrène ou de pemphigus hystérique, dans lesquels la pathomimie a joué un rôle incontestable, s'améliorer par la psychothérapie. Le fait de simuler est déjà un symptôme de la maladie.

D'un autre côté, il est évident que les affections cutanées simulées des névropathes sont beaucoup moins intéressantes pour les rapports de la peau et du psychisme. Nous croyons cependant avoir apporté, dans les pages précédentes, quelques exemples qui montrent bien les rapports étroits qui existent entre les deux systèmes.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION

M. Jean, 15 ans.

C'est un jeune garçon, qui est en traitement pour une grosse émotivité. Ses réactions émotives sont exagérées au point de lui rendre difficile toute sortie. Le fond de son état semble congénital, mais s'est beaucoup exagéré depuis qu'il a failli périr dans un incendie.

La moindre émotion (appel de son nom dans le dos ; coup de sonnette inopiné ; le passage d'un camion dans la rue faisant trembler un peu les fenêtres, etc.), se caractérise par :

Une accélération du pouls qui de 80 arrive à 120-140, puis en deux ou trois minutes non seulement revient à la normale mais descend jusqu'à 60 et même 56 ;

Une hypotension artérielle, pouvant aller jusqu'à la syncope ;

Des phénomènes cutanés que nous allons étudier en détail.

Au moment de l'émotion, presque toujours on voit apparaître d'abord une pâleur extrêmement fugace de la face. A cette pâleur succède rapidement une rougeur

diffuse. Cette rougeur, comme nous avons pu nous en convaincre, ne reste pas localisée à la face, mais envahit le cou, la partie supérieure de la poitrine et du dos, une partie des membres supérieurs, en particulier l'extrémité de ceux-ci. Quelques minutes après l'apparition de la rougeur, celle-ci tend à diminuer mais on voit sortir alors de larges plaques urticariennes, surélevées, de contours irréguliers. Elles donnent lieu à une sensation de cuisson au début, puis deviennent franchement prurigineuses. Cette réaction urticarienne dure de une à deux heures puis s'atténue progressivement. Elle atteint le même territoire que l'érythème du début.

Au cours d'un certain nombre de ces petites crises émotives nous avons étudié les réactions cutanées de notre malade. Le fait le plus frappant nous sembla être l'énorme exagération du dermatographisme pendant les crises. Alors qu'au repos ses réactions semblaient à peu près normales, lors d'une petite crise émotive, le malade a présenté un dermatographisme intense et persistant, même au niveau de la paroi abdominale ou de la face antérieure de la cuisse, c'est-à-dire en dehors du territoire frappé par l'urticaire spontané. Nous avons constaté également que la réaction cutanée à l'histamine était plus intense et plus étendue pendant les crises qu'au repos. Mais là les différences sont moins nettes.

Au point de vue thérapeutique, malgré de multiples essais, deux médicaments seuls ont semblé modifier quelque peu les crises de notre malade : le gardénal semble avoir atténué globalement les réactions en élevant le seuil de l'émotivité et l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse

qui paraît avoir une action élective sur les réactions cutanées.

Quand le malade était sous l'influence du gardénal, des excitations qui auraient dû déclancher une crise restaient sans effet. Des excitations un peu plus fortes arrivaient à déclancher une crise à peine moins intense que d'habitude. Par contre, avec l'hypophyse le senil des excitations ne semble pas s'être modifié. Ce qu'on observait c'est l'absence de la réaction urticarienne. Souvent tout s'est borné à un érythème diffus durant quelques minutes, alors que sans médicament la réaction urticarienne était la règle.

D'après les renseignements que nous avons pu avoir, l'état du jeune malade s'est beaucoup amélioré depuis un an et actuellement ses réactions émotives ont beaucoup diminué d'intensité et de fréquence.

DEUXIÈME OBSERVATION

Bel... Louis, 38 ans.

Le malade est un anxieux mélancolique interné depuis deux mois. S'accuse d'avoir tué son enfant qui est mort il y a trois ans de méningite tuberculeuse. Son internement avait été motivé par une tentative de suicide par le gardénal. L'intoxication semble avoir été peu grave, mais au cours de la convalescence s'est déclaré un érythème scarlatiniforme manifestation toxique dû à l'absorption du barbiturique.

Or, deux mois après, il recommence sa tentative de suicide en s'ouvrant les veines du pli du coude à l'aide d'un éclat de verre. Cette tentative reste bien entendu sans conséquences graves, mais nous sommes tout étonnés de voir apparaître trois jours après une éruption scarlatini-forme typique qui, encore chose curieuse, a débuté au niveau du pli du coude qui avait été traumatisé. C'est en défaisant son pansement qu'on a vu apparaître les premiers éléments de l'éruption. Celle-ci se généralisa rapidement et se présenta dès le lendemain sous forme de grands placards confluent couvrant la face, le ventre, le dos et les membres. Au niveau des plis de flexion, en particulier à la nuque, l'éruption est hémorragique par places.

Le tout s'est accompagné d'une poussée fébrile, n'ayant pas dépassé 38°8 et d'un abattement général. L'anxiété semble s'être calmée pendant tout le temps qu'a duré l'éruption cutanée. On ne note aucun énanthème et au bout de huit jours les accidents cutanés ont complètement disparu.

Il est inutile d'ajouter que ni pendant les deux mois qui ont précédé les faits que nous relatons ni pendant la seconde tentative de suicide le malade n'a reçu aucune médication barbiturique.

TROISIÈME OBSERVATION

(Bunnemann, Medizinische Welt, 1934, N° 3)

Une malade présentait une coloration rouge foncé du quatrième orteil d'un pied. Il s'agissait d'une lésion localisée, bien délimitée à l'endroit où la peau s'amincit à la naissance de l'ongle. Soumise à l'hypnose, la malade a raconté deux événements de sa vie. Elle a essayé autrefois de s'ouvrir l'artère radiale et a éprouvé une peur intense lorsqu'elle a vu s'écouler le sang rouge foncé. Une autre fois elle a éprouvé une grande frayeur lorsqu'à la naissance de son dernier enfant, celui-ci a été coupé à la verge et s'est mis à saigner.

Je suis arrivé à la conviction que la malade assimilait son orteil à la verge de son enfant nouveau-né et la coloration rouge siégeait à un endroit homologue de la coupure de l'enfant qui était à la base du gland. Le phénomène pathologique de la mère était donc l'expression de l'image-souvenir liée à une grande frayeur. Cette supposition est devenue encore plus vraisemblable lorsque notre infirmière nous a annoncé que la malade a caché une paire de ciseaux dans son lit et que le lendemain on a pu observer la même lésion cutanée. D'après tout ceci, on pouvait admettre qu'au moment des tentatives de suicide

les images du poignet sanglant et du pénis saignant s'associaient et qu'elles se trouvaient projetées au niveau de la peau à un endroit qui correspondait à la forme des saignements accidentels. Cette supposition a gagné encore en vraisemblance le jour où, dans la chambre voisine s'est passé réellement un suicide. Etant donné que la chambre du mort était fermée à l'intérieur, j'ai été obligé de passer par la chambre de notre malade pour gagner le toit en sortant par sa fenêtre. Tout cela m'a obligé de lui dire la vérité. Or, le lendemain matin nous avons pu observer le même phénomène cutané au même endroit.

QUATRIÈME OBSERVATION

Mart... Thérèse, 34 ans.

Il s'agit d'une malade atteinte depuis six mois environ d'une paraplégie dont la nature est malaisée à élucider. Cette paraplégie serait survenue brusquement, à la suite d'une crise convulsive mal définie. C'est une paraplégie spasmodique, en extension, sans modification notable des réflexes tendineux. Le réflexe cutané plantaire est aboli, en raison d'une anesthésie complète de la peau des deux membres inférieurs. Il n'y a pas de troubles sphinctériens et pas de troubles trophiques. Tout semble indiquer qu'il s'agit d'une paraplégie purement fonctionnelle, de nature pithiatique. Dans les antécédents on ne retrouve aucun fait intéressant en dehors d'une chute assez grave que la malade aurait subi il y a vingt ans. Pas de déformation de la colonne vertébrale et aucune anomalie rachidienne radiologique.

Chez cette malade, confinée au lit depuis six mois on a vu apparaître un jour une tache violacée de la face antérieure du genou droit. Ce phénomène cutané n'était accompagné d'aucune douleur et, comme l'exploration circulatoire l'a montré, d'aucune modification ni de la pression artérielle, ni du pouls, ni de l'indice oscillométrique. Cepen-

dant la tache s'étendait de plus en plus et gagnait la face antéro-interne de la jambe. La malade ne présente pas de trace de varice. Pas d'antécédents syphilitiques, réaction de Bordet-Wassermann négative.

Huit jours environ après l'apparition de la plaque, la peau s'ulcère, s'infecte rapidement et gagne aussi bien en étendue qu'en profondeur. A partir de ce moment un pansement est appliqué sur l'ulcération.

Un jour en faisant son pansement à une heure où la malade ne s'y attendait pas, on trouve appliqué sur la plaie des morceaux de « paille de fer » utilisée pour le nettoyage des parquets, des particules de verre, etc. En outre, les voisines du lit de notre malade affirment qu'elle y versait régulièrement du vinaigre, de l'eau de Javel, etc.

A partir de ce moment-là, la malade est très étroitement surveillée, mise dans l'impossibilité de défaire son pansement sans qu'on s'en aperçoive. La guérison de l'ulcération cutanée est très rapide. Au bout de six semaines on ne voit plus qu'une cicatrice à tendance rétractile.

La malade, suivie pendant un an, n'a jamais représenté d'accident semblable, bien que sa paraplégie fut restée stationnaire.

CONCLUSIONS

1° La peau est reliée au système nerveux par une série de connexions complexes encore peu connues dans leur totalité. Faisant abstraction des voies centripètes, nous avons retenu surtout les réactions de la peau à divers excitants nerveux et nous avons distingué des réactions lentes dites trophiques qui semblent souvent résulter aussi du jeu prolongé ou répété des vaso-moteurs.

2° Dans les affections organiques du système nerveux, il y a lieu de distinguer deux cas : au cours d'atteintes encéphaliques, les troubles cutanés ne sont le plus souvent que les conséquences de l'immobilisation prolongée ; des troubles trophiques nerveux authentiques s'observent surtout dans les atteintes des voies nerveuses périphériques.

3° L'intervention du système nerveux a été retenue dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. Nous avons eu surtout en vue le zona, l'urticaire, l'oedème de Quincke dont l'explication la plus rationnelle semble être celle proposée par Lewis à l'aide d'un mécanisme de vasodilatation antidromique et l'intervention des substances H.

4° Nous avons divisé les manifestations cutanées des psychoses et des névroses en deux catégories : les dermatoses psychogènes et les psychodermatoses.

a) Les dermatoses neurogènes ou psychogènes semblent être déterminées directement par un excitant nerveux ou mental. Nous avons observé nous-mêmes un urticaire émotif qui constitue un type relativement simple. Nous avons étudié des cas plus complexes ou nous avons fait intervenir un réflexe conditionné pour expliquer les faits.

b) Les psychodermatoses constituent des manifestations relevant de la même cause que la psychopathie et survenant soit simultanément soit en alternant avec elle, sans qu'il y ait une relation de cause à effet entre les deux. Tel est le cas des eczémas alternant avec une psychose dépressive.

Nous avons envisagé le rôle de la simulation dans toutes les manifestations cutanées et nous sommes arrivés à la conviction qu'elle joue surtout en amplifiant et en entretenant les lésions.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse*,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BOTTOLI. — Soc. Ital. Dermat. 1934, n° 3.

BUNNEMANN. — Medizin. Welt, 1934, n° 3, Psychother. Praxis, 1934, t. 1p. 32.

DIEHL et HEINICHEN. — Münch. Med. Woch. 1931, p. 1008.

KRONFELD. — Derm. Ztschr. 1925, p. 45.

JAUSION, CHAMPSAUR et GIARD. — Commun. au Congrès int. de Dermat. 1935.

LEWIS. — Blood vessels of the human skinx and their responses. Londres, 1927.

MARCHIONINI. — Fortschr. der Neur. 1934, t. 6, p. 481.

MAYR. — Die Erscheinungen an der Haut bie inneren Krankheiten. Leipzig, 1926.

SACK. — Psyche und Haut, in Traité de Dermat. de Jadassohn, t. 4, 1933.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
I. La peau et le système nerveux	12
II. Altération cutanée dans les affections organiques du Système Nerveux	16
III. Le substratum nerveux de certaines dermatoses	20
IV. La peau dans les psychoses et dans les névroses	24
Observation N° 1	30
— N° 2	33
— N° 3	35
— N° 4	37
Conclusions	39
Bibliographie	41

